

Encuesta a proveedores de cuidado infantil/Hoja de información del centro

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Nombre del centro: | |
| Dirección del centro: | |
| Dirección de correo electrónico: | Teléfono: |

Director actual, miembro del personal principal u operador: _____

Responsable designado cuando el director no esté presente: _____

¿Tiene la persona designada acceso a todos los archivos bloqueados cuando está a cargo? Si No

Número total de niños actualmente inscritos: _____

Número máximo de niños atendidos en el centro en un momento dado: _____

Edades de los niños bajo cuidado durante todo el año (marque todos los grupos de edad aplicables con /):

| | | | |
|--------------------|--|-------------------------|--|
| Niño | | Preescolar | |
| Niño pequeño | | Primeros años escolares | |
| Niño pequeño mayor | | Últimos años escolares | |

Días y horarios de atención: (Ingrese los horarios a continuación o N/A si está cerrado)

| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| | | | | | | |

Meses de atención:

¿Administra el programa medicamentos? Si No

¿Prepara y sirve el programa comidas? Si No

¿Hay una piscina en el lugar? Si No

¿Van a nadar los niños en el programa? Si No Si la respuesta es Sí, dónde: _____

¿Salen los niños del programa a caminar fuera de las instalaciones? Si No

Si la respuesta es Sí, dónde: _____

¿Se van los niños del programa de excursión? Si No Si la respuesta es Sí, dónde: _____

¿Se ofrece transporte? Si No Cantidad de vehículos: _____ Cantidad de voluntarios: _____

Cantidad de personal empleado: _____ Cantidad de personal temporal: _____ Cantidad de voluntarios: _____

¿Hubo algún cambio significativo en el centro desde que se emitió el último certificado? Si No

Si la respuesta es Sí, describa: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Título: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Uso exclusivo del departamento

| | | |
|--|-------|-----------------------|
| Fecha de inspección de renovación: | PCID: | |
| Inspección de renovación realizada por: | | |
| Forma de identificación del director o personal principal: | Tipo: | Fecha de vencimiento: |
| Nombre del miembro del personal de la identificación verificada: | | |
| Nivel de calificación/posición del personal verificado: | | |